



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Educação e da Cultura - SEEC
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE - UERN
Pró-Reitoria de Ensino de Graduação - PROEG
Diretoria de Registro e Controle Acadêmico - DIRCA

Campus Universitário BR 110-Km46 - Rua Prof. Antonio Campos, s/n - Bairro Costa e Silva - CEP: 59633-010-Mossoró/RN - Fone: (84) 3315-2168 - Fax: (84) 3315-2167
Home page: www.uern.br - E-mail: dirca@uern.br
CNPJ: 08.258.295/0001-02



REQUERIMENTO DE ALTERAÇÃO DE NOME

A(o): _____
Diretoria de Registro e Controle Acadêmico - DIRCA

Nome do requerente:

Identidade:

CPF:

Email:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Curso/Modalidade:

Turno:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Campus/Núcleo de vínculo do curso:

Semestre de conclusão:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Que este subscreve, requer **alteração de nome nos atos de registro acadêmico**, para o qual apresento:

[] Certidão de Casamento ou Divorcio, em cópia legível, devidamente autenticada.

[] Certidão de Casamento ou Divorcio, em cópia legível, com apresentação do original para processo de autenticação.

_____, ____ de _____ de _____
Local e data

Assinatura do Requerente

Assinatura e matrícula do(a) Servidor(a)

.....



Alteração de Nome

Faculdade/Campus/Núcleo: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e Matrícula do(a) Servidor (a)